

# Rapport médical

## Incapacité permanente suite à un accident du travail

Formulaire à envoyer de préférence par mail ([accidents.travail.enseignement@cfwb.be](mailto:accidents.travail.enseignement@cfwb.be)).

### Informations générales

**Attention** : ce rapport est destiné à un cas spécifique. Vous ne devez l'utiliser que si vous répondez **OUI** aux trois questions ci-dessous :

- Votre accident a été reconnu comme un accident du travail ?
- Votre période d'absence est de moins de 30 jours calendrier ?
- Votre médecin estime que vous souffrez d'une incapacité permanente de travail supérieure à 0% ?

### À compléter par la victime

NOM :

Prénom :

N° de registre national :

Date de l'accident :

N° du dossier d'accident du travail :

### À compléter par le médecin

*Ce rapport médical ainsi que les éventuelles annexes sont à remettre à la victime.*

*Un médecin expert de Medex procédera à l'évaluation d'une éventuelle incapacité permanente de travail sur base des éléments que vous fournissez.*

#### Constat médical

Je soussigné (NOM, Prénom)

certifie avoir examiné la victime ce jour et estime qu'elle souffre d'une incapacité permanente de travail en raison de l'accident du travail référencé ci-dessus.

Taux d'incapacité permanente de travail prévu : Cochez si taux > 0%

OU si le taux estimé est connu :

%

Raisons médicales invoquées :

Cachet du médecin : (+ adresse si le cachet ne la mentionne pas)

Signature :

Date :

### Annexes

*Vous pouvez joindre une ou plusieurs annexes pour détailler les raisons pour lesquelles vous estimez que la victime souffre d'une incapacité permanente de travail suite à l'accident du travail (rapport circonstancié, scan, IRM ...). La victime ne doit pas les annexer à ce rapport mais elles devront être apportées le jour de l'expertise médicale Medex.*